

Al D.S.G.A.

# RICHIESTA PERMESSO BREVE – pers.le A.T.A. (Anno Scolastico / )

Il/La sottoscritt

# □ collab. scol. □ ass. amm.

□ **d.s.g.a.**

in servizio nel plesso di scuola: □ **dell’infanzia** □ **primaria** □ **secondaria di I grado**

di: □ ***Druento*** □ ***Givoletto*** □ ***S. Gillio***

# CHIEDE

ai sensi dell’art.33 del C.C.N.L. 2016/2018, **DI POTER USUFRUIRE DI UN PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE – ESAMI DIAGNOSTICI**

di N. ore il dalle ore alle ore (1)

**DICHIARA** inoltre che:

* nel corrente anno scolastico ha già usufruito di n. ore (2),
* pertanto le ore residue sono .

Data Firma

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Il/La Sig. **È’/NON E’** autorizzat ad usufruire di un **PERMESSO PER VISITE – TERAPIE – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE –**

**ESAMI DIAGNOSTICI** il dalle ore alle ore per n. ore.

Il D.S.G.A.

Laura Giacalone